

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 139

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉVOLUTION
ET LE
TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE
A ÉVOLUTION THORACIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gabriel-François GROS

Né le 28 Mars 1878, à Maringues (Puy-de-Dôme).

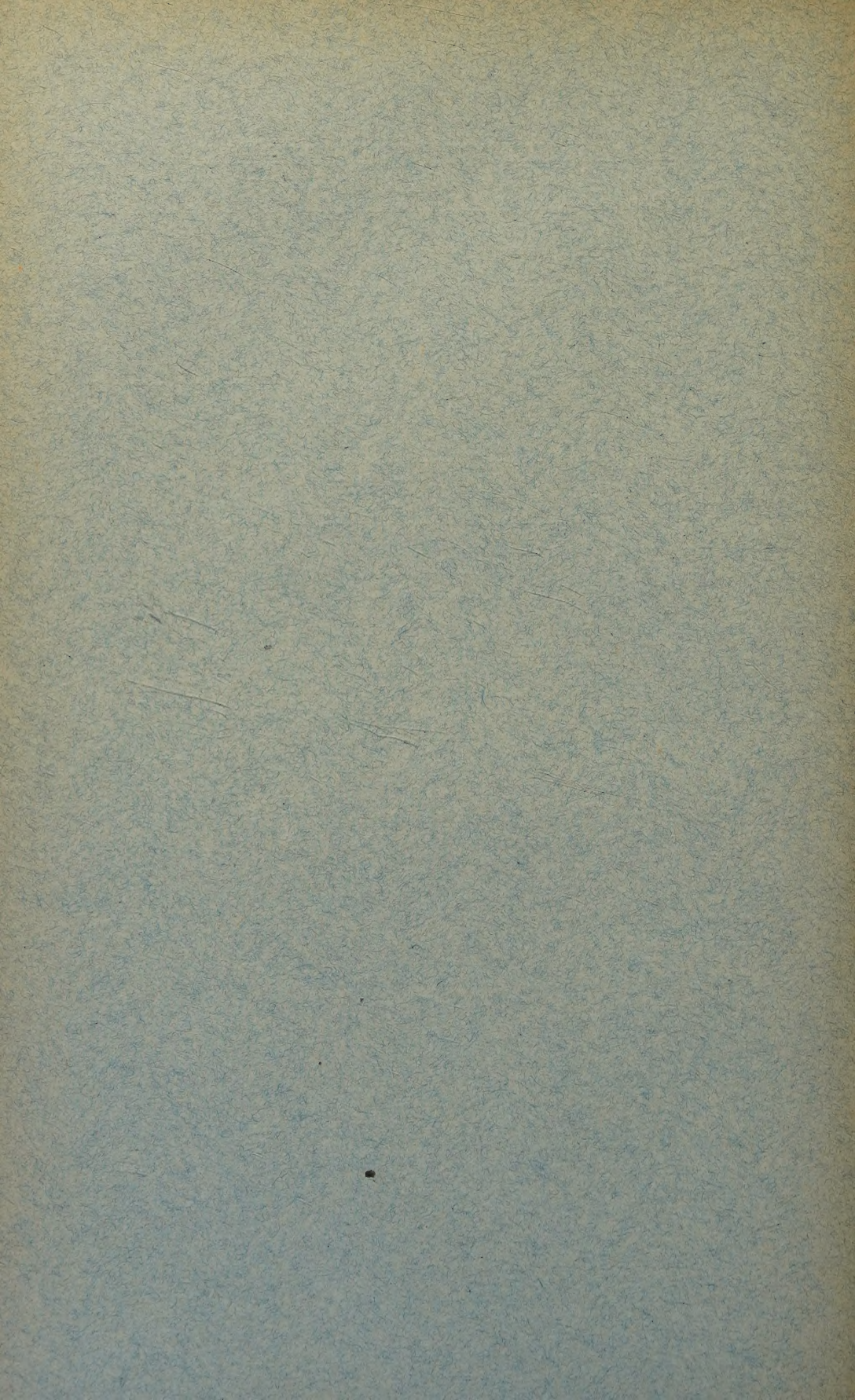


LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1909



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 139

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉVOLUTION

ET LE

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE

A ÉVOLUTION THORACIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenu publiquement le 27 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gabriel-François GROS

Né le 28 Mars 1878, à Maringues (Puy-de-Dôme).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BÉRARD,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	ag.
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	REGAUD	J. LEPINE	NOGIER
SAMBUC	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
COURMONT (P.)	GAYET	Etienne MARTIN	LATARGET, ch...
CHATIN	MOREL	LAROYENNE	BÉRIEL, ch...
VILLARD	NEVEU-LEMAIRE	VORON	BRETIN, ch...
TIXIER	PATEL		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, *Président* ; VILLARD, *Assesseur* ;
MM. TIXIER et LAROYENNE *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

AVANT-PROPOS

M. le professeur Jaboulay, dans le service duquel nous avons passé plusieurs mois très profitables à notre instruction, a opéré par une méthode personnelle plusieurs abcès du foie, et toujours avec un plein succès.

Dernièrement encore, il intervint par la voie transpleurale pour un abcès à évolution nettement intrathoracique, et nous avons vu son malade complètement guéri.

Les observations de tels faits sont assez rares, et l'indication de l'opération que nécessite le mode évolutif de ces abcès semble avoir été bien résolue par l'éminent professeur, puisque ses malades se sont vite et complètement rétablis.

M. le professeur Jaboulay a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, dont il nous a donné lui-même le sujet ; qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions également son dévoué chef de clinique, M. le Dr Rivière, ainsi que M. le Dr Horand, qui ne nous ont pas ménagé le secours de leurs conseils et de leur compétence.

En terminant nos études médicales, nous sommes heureux de rendre hommage à tous nos professeurs de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand ainsi qu'à ceux de la Faculté de Lyon, qui nous firent profiter de leur enseignement avec tant de bienveillance.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉVOLUTION
ET LE
TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE
A ÉVOLUTION THORACIQUE

HISTORIQUE

Les abcès du foie sont connus depuis la plus haute antiquité ; nous retrouvons, en effet, dans les livres d'Hippocrate, de Galien et de Celse, des descriptions assez nettes.

Le moyen âge n'a fait que reprendre les idées de ces maîtres, et leurs écrits n'en sont que des copies.

Sans nier la valeur des mémoires autrefois classiques de Souiller et d'Andouillé, il faut arriver à l'époque de l'accroissement colonial de l'Angleterre et de la France pour voir cette affection plus observée et surtout plus étudiée. Aux Indes, ce sont Morehead, Annesley, en Algérie Catteloup, Cambay, Rouis qui, pénétrant partout où se fondaient de nouveaux comptoirs, firent faire un pas de plus à la science.

Dès lors les abcès tropicaux du foie n'ont cessé d'occuper médecins et chirurgiens. Ce sont les travaux de Cruveilhier, de Peirier, de Budd, les travaux de Laveran, Kiener, Richard, Bertrand et Fontan,

Dutrouleau, sans compter nombre de thèses qui ont mis à peu près au point cette étude.

Dès longtemps déjà, le traitement chirurgical de cette affection a été inauguré. Seulement, ce n'est que dans ce dernier siècle, avec les progrès de la chirurgie, la connaissance de l'asepsie et de l'antisepsie, le perfectionnement des modes opératoires qu'on est arrivé à des résultats heureux. Hippocrate ouvrait ces abcès au cautère ou à l'instrument tranchant. Les Arabes en pratiquaient aussi l'ouverture au scalpel.

Petit-Morand, au ^{xviii}^e siècle, opérait de même, mais sans succès, l'infection du péritoine étant presque la règle.

La ponction au trocart eut des partisans. Puis ce fut la méthode des caustiques avec Récamier, méthode inspirée du désir de parer à l'infection du péritoine.

Avec l'apparition de l'asepsie et de l'antisepsie, les incisions du foie se multiplient.

Titken, le premier, puis Henderson, Rulfe, Barker, Mac-Lean, et enfin Stromeyer-Little, ont pratiqué des interventions avec la méthode moderne.

Enfin, à la période contemporaine, plusieurs méthodes sont en honneur.

Dans notre sujet, nous aurons en vue seulement les abcès à évolution thoracique.

Nous envisagerons d'abord leur mode d'évolution et nous étudierons ensuite les différents procédés par lesquels on peut aller à la recherche du pus.

CHAPITRE PREMIER

RAPPORTS DU FOIE

AVEC LA PAROI THORACO-ABDOMINALE ET LE DIAPHRAGME

Avant d'aborder l'étude de l'évolution thoracique des abcès tropicaux du foie, il nous paraît très utile de dire un mot de la situation du foie par rapport à la paroi thoracico-abdominale et au diaphragme.

Le foie occupe entièrement l'hypochondre droit, une grande partie de l'épigastre, et une petite partie de l'hypocondre gauche.

La région qu'il occupe aurait pour limites, à la surface thoraco-abdominale antérieure; un plan horizontal supérieur passant par le cinquième espace intercostal, un second inférieur passant par la douzième dorsale, en dehors un plan sagittal tangent à la paroi externe droite du thorax, en dedans un plan semblable à cinq ou six centimètres de la ligne médiane.

Ces limites correspondent dans la profondeur aux organes ou formations qui entourent le foie et lui forment ainsi une sorte de loge appelée fosse hépatique.

Cette délimitation correspond en haut au diaphragme, en bas au côlon transverse, en dedans à l'extrémité du lobe gauche.

Ovoïde transversalement, le foie offre à considérer une face supérieure convexe et une face inférieure concave.

La face antéro-supérieure nous intéresse particulièrement, en effet, ses rapports avec le thorax contribuent à l'évolution des abcès dans ce sens.

Convexe et lisse elle est limitée en arrière et sur les côtés par le ligament coronaire et les deux ligaments triangulaires droit et gauche, qui, de cette face, se portent sur le diaphragme.

Le ligament suspenseur qui peut être assimilé à un triangle allongé et recourbé sur lui-même, s'étend de l'anneau ombilical au ligament coronaire d'une part, de la face convexe du foie à la face inférieure du diaphragme d'autre part. Sa forme triangulaire lui fait considérer une base, deux côtés et un sommet ; sa base s'étend de l'ombilic au bord tranchant du foie.

Son bord inférieur dont la convexité regarde en bas, s'attache à la face convexe depuis le bord tranchant jusqu'au bord postéro-supérieur où il rejoint le ligament coronaire. Il partage ainsi la face supérieure du foie en deux parties très inégales, le lobe droit et le lobe gauche. Le lobe droit étant beaucoup plus volumineux que le gauche on comprend qu'il soit envahi plus souvent que l'autre par l'abcès tropical.

La face antéro-supérieure du foie est coiffée par le diaphragme, le thorax débordant seulement en avant les cartilages costaux pour se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure.

Si nous considérons séparément la moitié antérieure et la moitié postérieure de cette face convexe ; nous voyons que l'antérieure est en rapport avec la paroi abdo-

minale suivant une ligne obliquement ascendante qui, partant du cartilage de la neuvième ou dixième côte droiteremonte vers le cartilage de la septième ou huitième côte gauche. Cette ligne passe à un travers de doigt environ de l'appendice xyphoïde. Cela chez un sujet normal, mais dans les cas pathologiques, cette limite est dépassée ou n'est pas atteinte.

Ainsi une augmentation du volume du poumon, un épanchement liquide ou gazeux dans la cavité pleurale refouleront en bas le foie et lui feront contracter des rapports plus étendus avec la paroi de l'abdomen, mais un épanchement abondant dans le péritoine, le développement exagéré d'un des d'organes abdominaux refouleront le foie au-dessus du bord costal. Enfin l'augmentation pathologique du volume du foie lui-même pourra, selon le sens dans lequel il se développe le plus, lui faire affecter des rapports plus étendus ou avec la face interne des côtes seulement, ou avec la paroi abdominale seulement ou avec les deux à la fois, si l'organe se développe simultanément par en haut et par en bas.

La partie antérieure de la face convexe du foie est encore en rapport avec les cartilages des 8^e, 9^e, 10^e côtes droites et par conséquent avec le rebord du thorax. La plèvre ne descendant pas, comme nous le verrons, sur cette portion du squelette chondro-sternal.

Il découle de ce que nous venons de dire, qu'on est en présence de deux voies d'accès pour aborder la partie antéro-supérieure du foie, la région abdominale et la région chondro-sternale.

La moitié postérieure de cette même face est en rap-

port avec le diaphragme et par l'intermédiaire de ce muscle avec les feuillets pleuraux, le péricarde, les poumons, la face postérieure et la pointe du cœur.

Le bord postérieur (face postérieure de quelques auteurs), très épais dans la portion qui répond au lobe droit, s'amincit graduellement en s'approchant de l'extrémité gauche. Il est également en rapport avec le diaphragme auquel il est relié par le feuillet supérieur et le feuillet inférieur du ligament coronaire. Ces deux feuillets sont séparés l'un de l'autre par l'épaisseur même du bord postérieur du foie et par suite ce bord présente avec le diaphragme, des rapports immédiats. Une simple couche de tissu cellulaire, d'ailleurs très mince est interposé entre ce muscle et le foie.

C'est justement ce bord postérieur que M. le professeur Jaboulay atteint en passant au-devant du diaphragme pour aller ensuite à la recherche du pus; nous parlerons plus longuement de ce procédé opératoire qui lui est personnel dans le chapitre où nous étudions les divers traitements employés.

La structure et les rapports du diaphragme que nous allons maintenant considérer de plus près, vont nous expliquer pourquoi dans certains cas les abcès de la partie postérieure de cette face convexe du foie, refoulent, ulcèrent et envahissent les poumons et les bronches et nécessitent souvent une importante intervention par la voie transpleurale.

Le diaphragme qui sépare le foie du poumon est un muscle à fortes aponévroses recouvert en partie par la plèvre, à sa surface postérieure et par le péritoine sur sa face inférieure.

On voit déjà que les abcès du foie peuvent devenir sous-péritonéaux, sous-diaphragmatiques, intra-diaphragmatiques, sous-pleuraux et enfin intra-pleuraux et c'est alors qu'effondrant une bronche d'assez fort calibre, ils donnent ces grandes vomiques dont nous parlerons.

Du centre de ce muscle formé par une aponévrose à trois feuillets, partent des faisceaux charnus qui s'insèrent sur les faces internes des six dernières côtes, s'entrecroisant avec les faisceaux correspondants du transverse de l'abdomen.

Au niveau du foie, la cloison diaphragmatique présente des points faibles par où toute inflammation venant de la glande hépatique pourra gagner la cavité thoracique.

Ces points faibles se rencontrent justement au niveau de l'insertion du diaphragme sur le pourtour du thorax. Ils résultent de l'écartement de ces faisceaux charnus qui s'entrelacent et s'entrecroisent pour venir s'attacher sur les côtes.

Il y a encore à ce niveau comme points faibles, les orifices de passage de la veine cave inférieure, des nerfs splanchniques.

Il nous faut dire un mot ici de ce qu'on appelle le sinus costo-diaphragmatique.

Les deux poumons ne s'étendant que jusqu'à la circonférence du diaphragme, il existe entre cette circonférence et la limite externe de la base pulmonaire, une portion du diaphragme se trouvant en rapport presque immédiatement avec les côtes. Cette portion du diaphragme délimite avec la paroi costale un sillon

angulaire à sommet inférieur appelé sinus costo-diaphragmatique, et c'est dans ce sillon que glisse la lame pulmonaire au moment de l'inspiration.

Tapissé par la plèvre dans toute son étendue, excepté au niveau de son fond, dont le cul-de-sac en reste séparé par un intervalle de deux à trois centimètres, ce sinus rempli par du tissu adipeux, a une importance que nous retrouverons en décrivant les voies d'accès de la paroi thoraco-abdominale pour aborder les abcès du foie.

CHAPITRE II

ÉVOLUTION, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Suivant la remarque de Dutrouleau, le pus se collecte d'abord dans les parties centrales de la glande et c'est par le fait du développement de l'abcès et de la continuité de la sécrétion purulente, qu'il tend graduellement à gagner la surface de l'organe.

Le volume de ces abcès est très variable, Dutrouleau nous dit que les grands foyers atteignent les dimensions d'une orange ; mais il est fréquent de rencontrer des abcès qui contiennent 400 à 500 grammes de pus.

Quelquefois, un lobe en entier est converti en une véritable poche purulente. Baud cite des cas où de pareilles collections, grosses comme une tête de fœtus, donnaient issue à plus d'un litre de pus. Armeley « rapporte une observation où la poche contenait la quantité énorme de 90 onces de pus ».

Lavigerie (thèse 1866, obs. III) a vu huit litres et demi de pus s'écouler par un abcès. Quelquefois, le foie en entier peut être transformé en une poche purulente (fait signalé par Boutrus et Lieutaud). « Le corps ayant été ouvert, dit Lieutaud, on ne trouva, au lieu du foie, que la membrane qui revêt ce viscère et

forme un sac ; les parois en étaient épaisses et contenaient une certaine quantité d'humeur semblable à la lavure de chair, telle que le malade en avait déjà rendu par des selles pendant un long espace de temps ».

Le pus contenu dans ces abcès est épais, crémeux, verdâtre, lorsque le foyer est circonscrit ; mais lorsque l'abcès communique avec le poumon et qu'il est ancien, il se produit une résorption des éléments aqueux, et le liquide tient bientôt en suspension une multiplicité de gouttelettes graisseuses dues à la dégénérescence granulo-graisseuse des leucocytes. Quelquefois, sous l'influence de la bile, il peut devenir jaune verdâtre. Ce pus, enkysté à l'intérieur du foie, est inodore, mais s'il vient s'établir une fistule pleuro-bronchique, il se produit dans la suite une fermentation putride.

La forme de l'abcès est le plus souvent une sorte de poche arrondie ou sphérique. D'autres fois, la cavité peut être inégalement creusée et présenter un aspect caverneux.

La forme dépend, du reste, en grande partie du degré d'ancienneté de l'abcès.

Lorsque la collection purulente est récente, la paroi est formée par la substance du foie, ramollie, infiltrée de sérosité purulente ; c'est l'indice d'une lésion en voie d'évolution et de progrès continu qui tend à s'agrandir vers sa périphérie. Plus tard, il survient une régularisation de ce travail ulcératif, les parties du foie qui sont destinées à suppurer se ramollissent, se détachent, et la surface interne de la poche devient lisse. Elle est constituée par un lacis vasculo-fibreux qui est bientôt remplacé par du tissu embryonnaire. Cette

membrane molle entoure le kyste, mais elle peut se doubler d'une seconde membrane et on a alors une poche formée de deux feuillets, l'un externe, intimément lié au tissu glandulaire ; l'autre interne, inégal, constitué par des prolongements mous et des bourgeons gris baignés par le pus. Enfin, dans les cas anciens, la paroi peut devenir fibreuse, le pus peut passer de la couleur chocolat au vert et ne plus présenter ainsi les caractères du pus hépatique. Il se fait autour une véritable coque cicatricielle formée par du tissu fibreux résultant de la sclérose du foie.

Le tissu du foie qui environne l'abcès subit des modifications profondes. Nous avons déjà signalé le ramollissement rouge et l'infiltration purulente qui apparaissent au pourtour de l'abcès.

Dutrouleau dit que, dans les quatre cinquièmes des cas, le tissu hépatique diminue ainsi de consistance et qu'il en est toujours ainsi dans les abcès récents. On peut, d'autres fois, observer une modification inverse. En dehors de la membrane qui tapisse l'abcès, le tissu embryonnaire se continue sans intermédiaire avec le parenchyme hépatique condensé, incrusté de pigment et dont les éléments ont subi un tassement considérable.

Ces changements de consistance du parenchyme hépatique sont amenés par le travail inflammatoire, c'est lui qui, au centre du foyer, amène la fonte purulente des éléments du foie et, à la périphérie, la prolifération plus active des éléments cellulaires. Il existe donc une zone d'hépatite interstitielle, d'autant plus prononcée que l'inflammation a suivi une marche plus subaiguë et plus lente.

Des thromboses vasculaires peuvent se produire autour de l'abcès et sont souvent la conséquence de ce travail inflammatoire.

On voit facilement des vaisseaux veineux et artériels oblitérés par des caillots, en examinant attentivement des coupes pratiquées au niveau du foyer purulent. Donc, tous les tissus qui avoisinent l'abcès sont sous le coup de l'inflammation et, comme elle, se propagent par le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux sanguins et les canaux biliaires. Les branches de la veine porte ne sont pas à l'abri du processus ; on trouve toujours des traces de phlébite ; en examinant à l'œil nu, on voit nettement des coagulations sanguines et au microscope une prolifération des cellules endothéliales des branches de la veine porte.

C'est donc par l'intermédiaire du système vasculaire que se fait la propagation d'un abcès d'abord enkysté, qui s'est dans la suite rompu. On conçoit donc qu'une phlébite, d'abord adhésive, et devenue ultérieurement suppurative, soit le point de départ d'un abcès secondaire.

La suppuration ne reste pas toujours enfermée, dans une cavité close, mais le plus souvent, elle envahit progressivement le parenchyme hépatique en tendant à se faire jour à l'extérieur.

Le travail inflammatoire va détruire les tissus circonvoisins et le pus arrive bientôt au voisinage de la capsule de Glisson. Cette capsule irritée à son tour va subir des altérations ; elle devient plus épaisse, se vascularise et un exsudat se dépose, qui arrête pour quelque temps le pus. Mais les organes voisins s'enflamment

bientôt et il en résulte la formation d'adhérences néomembraneuses ; à mesure donc que l'inflammation progresse, il se forme de nouveaux obstacles à l'irruption du pus et bientôt des fistules, souvent très longues et creusées dans des tissus fort différents s'établissent. On conçoit donc que le pus peut suivre des marches bien différentes.

Mais nous n'envisagerons que les abcès qui, primitivement centraux, gagnent la face convexe du foie et ont par conséquent une tendance à évoluer vers le thorax.

SYMPTOMES

Avant de suivre ces abcès dans leur évolution thoracique, nous allons énumérer aussi brièvement que possible les symptômes qui correspondent à ces phénomènes intra-hépatiques que nous venons de décrire.

On distingue d'abord une période de début, antérieure à la suppuration. A la suite d'une cause occasionnelle, fatigue exagérée, écart de régime, excès de boisson, les malades, sans avoir ressenti de frissons, se sentent courbaturés et se plaignent d'une lassitude générale. Aussitôt, ils éprouvent vers l'hypochondre droit une sensation de pesanteur, qui fait bientôt place à un véritable point de côté simulant un début de pleurésie. La région du foie est tendue, douloureuse à la pression et cet organe dépasse le rebord des fausses côtes ; en même temps se produisent des phénomènes d'embarras gastrique très prononcés.

La deuxième période correspond à la formation de

l'abcès. Les signes locaux peuvent être nuls et les phénomènes généraux très accusés, ou au contraire la fièvre peut être modérée et les troubles fonctionnels très intenses. Dans le premier cas, les malades, après quelques troubles gastriques vagues, sont pris d'accès fébriles périodiques qui des formes, légères, peuvent aller aux formes les plus graves.

Le frisson devient un phénomène important, mais à l'inverse de celui des fièvres paludéennes qui est surtout matinal, il se répète dans la soirée. Il s'accompagne de claquement de dents et dure une demi-heure à une heure. Ensuite survient une phase de chaleur et le thermomètre monte à 40 et même 41 degrés. La fièvre affecte ordinairement le type quotidien, très rarement suivant le type tierce; mais elle est plutôt rémittente qu'intermittente et elle revient à périodes irrégulières, en avançant ou en retardant un peu sur l'accès précédent. Ces accès pseudo-intermittents indiquent la suppuration intra-hépatique et sont, avec la gravité de l'état général, les seuls phénomènes que l'on constate. Les malades ont la langue sèche, perdent l'appétit, les urines deviennent rares et chargées. Enfin on peut à la palpation se rendre compte que la région du foie présente un empâtement douloureux, exagéré par la pression.

Dans le deuxième cas, c'est la douleur qui débute. Ordinairement circonscrite et sourde, elle peut devenir violente. La pression l'exagère et délimite un siège précis qui, dans les abcès de la face convexe a son maximum au niveau des espaces intercostaux. Lorsque la capsule de Glisson a été envahie et qu'il existe par

suite de la péri-hépatite, cette douleur devient plus atroce et lancinante. Enfin elle peut se propager suivant diverses irradiations. La plus connue est celle de l'épaule qui siège au niveau du deltoïde, vers les attaches du trapèze et surtout du sterno-mastoïdien ; il en existe d'autres qui ont leur siège dans dos, entre les deux épaules ou vers la clavicule.

Un deuxième symptôme, c'est la dyspnée, mais qui ne présente pas encore l'acuité que nous verrons plus tard lorsque le pus a franchi le diaphragme. L'abcès étant encore central, cette dyspnée est peu accentuée ; néanmoins, la respiration est assez fréquente et haute, les malades diminuent instinctivement l'ampliation des mouvements du diaphragme et respirent surtout par les côtes supérieures pour ne pas éveiller la sensibilité abdominale.

La toux n'est pas un phénomène constant à cette période, mais elle peut exister et est alors le résultat d'un réflexe provenant de l'irritation causée par la lésion hépatique.

Les troubles gastro-intestinaux si intenses au début diminuent à la période de suppuration. L'inappétence persiste et la langue est couverte d'un enduit jaunâtre ; la diarrhée peut exister ordinairement bilieuse, non sanguinolente.

Les vomissements sont un phénomène de même ordre, ils paraissent surtout fréquents lorsque l'abcès siège au voisinage du lobe de Spiegel. Mais c'est un accident rare qui manque presque toujours lorsque la collection est encore centrale.

L'ictère manque fort souvent. Les statistiques de

Casimir Broussais, de Camboy et de Rouis établissent qu'en moyenne le quart des malades seulement sont atteints de jaunisse.

L'examen des urines dénote la présence de l'hémathéine.

EVOLUTION VERS LE THORAX

SIGNES DE CETTE ÉVOLUTION

Certains abcès, avons-nous déjà dit, après avoir envahi la capsule de Glisson et gagné la face convexe du foie, continuent leur évolution vers la paroi thoracique.

Le pus peut faire irruption brusquement dans la cavité pleurale ou au contraire l'envahir d'une manière progressive. Lorsque la pénétration du pus est instantanée, le malade éprouve une douleur déchirante et une pleurésie suraiguë mortelle s'établit en quelques heures (Thompson en a publié un cas, *Abceps of the Liver Bursting into the right pleural Cavity, in Brit. med. Journ.*, 1867).

D'autres fois, au contraire, la plèvre est envahie progressivement. Le travail inflammatoire s'étend de la capsule de Glisson au diaphragme qui se vascularise et subit un amincissement considérable.

Ce travail d'amincissement et d'ulcération est favorisé par les hiatus que ménagent entre eux les tendons du diaphragme.

Dans quelques cas, il ne se fait pas d'adhérences, et le processus inflammatoire détermine une pleurésie

séreuse ou purulente, mais le plus souvent il s'en produit entre le diaphragme, les plèvres et le poumon. Le pus se fraye ainsi un passage à travers cette nappe d'adhérence, arrive au poumon et il se forme une collection ou indépendante de l'appareil bronchique ou bien au contact avec une grosse bronche.

Au début de ces phénomènes, le malade sent sa douleur augmenter dans la région hépatique, il éprouve une dyspnée de plus en plus intense en même temps qu'une toux sèche survient (toux caractéristique, appelée par Galien toux hépatique).

A l'inspection, on constate bientôt une dépression épigastrique, fait qui indique d'une façon presque certaine que la plèvre et le diaphragme sont envahis.

Les signes que l'on perçoit à l'auscultation varient avec le degré de la lésion pulmonaire. Au début, on a de la faiblesse du murmure vésiculaire, des râles muqueux et sous-crépitants. Lorsque l'abcès communique avec une grosse bronche, la respiration devient anxieuse, des quintes de toux pénibles surviennent ainsi qu'une expectoration sanguinolente, suivie bientôt d'une vomique. A l'auscultation on entend alors des bruits caverneux et même amphoriques.

Enfin, citons une évolution très grave, heureusement rare, c'est l'évolution vers le péricarde, on en connaît quelques cas (Allan, Rakitansky, Graves, Fœler, Rouis). Les symptômes n'en sont pas très nets. Il survient de l'anxiété précordiale, une forte dyspnée, une douleur vive dans la région épigastrique, la petitesse et l'intermittence du pouls.

L'auscultation révèle une faiblesse des bruits du

cœur. Le plus souvent, il se produit finalement une syncope mortelle.

La radioscopie peut rendre également des services pour le diagnostic de ces abcès du foie à évolution thoracique. Elle montre, en effet, l'ascension de la moitié droite du diaphragme, son immobilisation pendant les mouvements de la respiration et la disparition du sinus pleural, par accolement de ses parois dans les cas de tuméfaction inflammatoire du foie. Mais la radioscopie affirme surtout le diagnostic et nous fait connaître exactement la situation du foyer hépatique, lorsque l'abcès s'est ouvert dans les bronches. « On voit alors, » dit Loison, que la base du poumon est parcourue par « une traînée opaque, plus ou moins large, en continuité avec le foie et dirigée de bas en haut et de « dehors en dedans ; cette opacité résulte de la condensation du tissu pulmonaire autour d'une cheminée « d'évacuation hépato-bronchique. »

Que deviennent ces abcès abandonnés à eux-mêmes. Dans quelques cas, ils peuvent se frayer un passage à travers les parois thoraciques. Les caractères qui annoncent cette migration du pus, sont, en général, faciles à reconnaître. A l'inspection, on constate une voussure à la paroi postérieure de la poitrine. A la palpation, on sent au niveau de la voussure de la fluctuation. La peau, d'abord normale, rougit, s'œdématie, ce qui prouve que la collection purulente est devenue superficielle et a touché la face inférieure des téguments. Ensuite, on voit survenir des phénomènes de réaction générale, les téguments deviennent chauds, douloureux et on assiste à une véritable mar-

che d'un phlegmon. On voit alors la surface de l'abcès s'amincir et l'abcès se rompre, après élimination d'une escarre plus ou moins étendue.

Mais le mode de terminaison de ces abcès est très rare, et ce fait nous est savamment prouvé par les statistiques de Waring, Dutroulau, Rouis, Haspel, Cambay.

Tout en nous démontrant bien que la plupart des

NOM DES AUTEURS	Nombre des cas	Abcès non ouverts	Ouverts par opération	Le péricarde	La plèvre	Le poulmon	Le péritoine	Le colon	Estomac et duodénum	Voies biliaires	Veine cave	Rein	Région lombo-flaque
Waring. . .	300	169	48	»	14	28	15	2	1	1	3	2	2
Dutrouleau.	66	30	11	»	2	10	7	1	1	»	»	»	4
Rouis. . . .	162	96	17	1	11	17	14	3	6	2	»	»	»
Haspel. . . .	25	10	7	»	4	2	2	»	»	»	»	»	»
Cambay . . .	10	6	»	»	»	2	1	»	»	1	»	»	»
Proportion	563	311	83	1	31	59	39	11	8	4	3	2	6
pour 100.	»	5,5	14,9	»	5,5	10,5	7	1,9	1,4	0,7	»	»	»

abcès du foie ont de la tendance à évoluer vers la paroi thoracique, cette statistique nous prouve que ces abcès abandonnés à eux-mêmes arrivent rarement à se frayer un passage à l'extérieur. On ne doit donc pas compter sur l'établissement spontané d'une fistule, car la mort arrive presque toujours avant que celle-ci soit constituée.

Dès que l'on a reconnu la présence d'un abcès, il faut donc opérer.

Mais avant d'aborder la question du traitement de

ces abcès de la face convexe, il est nécessaire de dire deux mots du diagnostic différentiel.

Ils peuvent être confondus avec les affections de la plèvre, du poumon ou de la paroi thoracique.

On commet souvent une erreur dans nos contrées où l'hépatite suppurée est rare, c'est celle de prendre un abcès du foie pour une pleurésie purulente ou inversement une pleurésie diaphragmatique pour un abcès. Le diagnostic est encore plus difficile lorsqu'il y a coexistence d'un abcès du foie et d'un épanchement pleural. Les signes communs à ces deux affections sont (la matité au niveau de la base du thorax, l'abolition du murmure vésiculaire et les vibrations thoraciques, point de côté, élargissement de la base du thorax et des espaces intercostaux, frottements péritoniaux ou pleuraux, œdème de la paroi, toux sèche, oppression, fièvre, marasme.) Mais la matité diffère dans les deux cas; elle est convexe en haut dans les abcès, horizontale dans la pleurésie.

On peut aussi confondre un abcès du foie ouvert dans les bronches avec une pneumonie. Cependant dans la pneumonie les crachats sont rouillés avec coloration sucre de pomme et contiennent du pneumocoque, tandis que ceux des abcès du foie sont couleur chocolat, lie de vin et renferment des cellules hépatiques que l'on peut reconnaître au microscope. A l'auscultation, on entend dans la pneumonie des râles crépitants et du souffle bronchique dans les cas d'abcès ouverts, de gros râles sous-crépitanants et du souffle caverneux. On peut aussi confondre des abcès ouverts dans les bronches avec la tuberculose pulmonaire. Il y a en effet des phénomènes

nes généraux communs aux deux maladies, fièvre, amaigrissement, sueurs nocturnes, expectoration purulente, et des signes cavitaires à l'auscultation. Ici ce sont les commémoratifs qui nous faciliteront le diagnostic, ainsi que l'examen approfondi de la région du foie. A l'auscultation nous trouverons des lésions au sommet en cas de tuberculose, à la base en cas d'hépatite suppurée. Enfin, il faudra rechercher s'il y a du bacille de Koch dans les crachats.

La ponction exploratrice tout en étant un moyen de diagnostic différentiel, nous détermine aussi la situation exacte du pus et avant de commencer toute intervention il est indiqué d'y recourir.

Elle se pratique à l'aide d'une aiguille ou d'un trocart adapté à un appareil aspirateur (Potain préférable) qui soit d'un assez grand calibre pour qu'on puisse aspirer du pus et qui ait une longueur suffisante pour atteindre au moins cinq à six centimètres. Il faut faire la ponction en observant rigoureusement toutes les règles d'asepsie et d'antisepsie. La douleur localisée, l'élargissement d'un espace intercostal, le maximum de voussure indiqueront le lieu où l'on doit enfoncer le trocart ou l'aiguille. L'instrument doit être enfoncé brusquement, on aura la sensation que l'on est dans la cavité et on ne tardera pas à voir s'écouler du liquide. Quelquefois une première ponction ne donne rien, il faut alors recommencer dans des conditions différentes si le patient est en état de supporter facilement les manœuvres. On recueillera du pus pour le soumettre à l'examen, du reste l'aspect spécial du liquide, sa couleur chocolat ou lie de vin, blanc ou jaune, ou grisâtre,

tenant en suspension des grumeaux rouge sombre, confirme le diagnostic. La ponction exploratrice n'est pas dangereuse, quand elle est faite dans toutes les règles de l'antisepsie. Il ne peut pas se produire d'hémorragie; après avoir retiré l'instrument, on n'a pas à craindre non plus l'inoculation du péritoine par le pus, surtout si on exerce pendant un certain temps une pression au point de la ponction.

Du reste, si tout est prêt pour l'opération, il vaut mieux laisser l'aiguille ou le trocart en place et s'en servir comme conducteur.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Une fois le diagnostic bien établi à l'aide des différents symptômes que nous avons énumérés, de la radioscopie et surtout en dernier lieu de la ponction exploratrice, il faut se poser la question de l'intervention.

Les statistiques de Waring, Dutrouleau, Rouis, Haspel, Cambay nous ont savamment prouvé qu'il ne fallait guère compter sur l'élimination du pus. Il faut donc intervenir et faire choix d'une bonne méthode.

Faut-il donner issue d'emblée au pus, dès qu'on a senti une résistance et une fluctuation profonde, ou vaut-il mieux attendre que le pus soit arrivé au contact de la peau. Les cas en présence desquels on se trouve ne permettent pas toujours d'attendre. En théorie, il est peut-être plus prudent d'attendre, mais en pratique, ce n'est pas toujours possible.

Du reste, M. Boinet nous dit : « Il ne faut pas oublier que plus l'évacuation de l'abcès est tardive, plus grand est le danger. On ne doit pas attendre que la fluctuation se produise ainsi que l'œdème, car ce sont des symptômes qui apparaissent très tard, surtout dans les espaces intercostaux ». La conduite du chirurgien doit

avant tout se régler sur l'imminence et la gravité des symptômes généraux.

Avant d'étudier les méthodes de choix, nous dirons un mot de celle de Stromeyer Little qui a fait faire un grand pas à la chirurgie du foie.

Les autres méthodes sont surannées et n'ont qu'une valeur historique, dont nous avons déjà dit un mot.

Voici en quoi consiste l'opération de Stromeyer Little :

- « 1° Recherche hâtive du pus par les ponctions ;
- « 2° Ouverture de l'abcès en un seul temps suivant
« comme guide le trocart ;
- « 3° Le drainage et les lavages antiseptiques. »

Après avoir découvert la poche purulente par la ponction, on l'ouvre rapidement, traversant d'un seul coup toute l'épaisseur de la paroi en se guidant sur le trocart. Beaucoup de chirurgiens s'élèvent actuellement contre cette manœuvre, si on n'est dans des conditions spéciales. En effet, il faut que le pus soit superficiel, qu'il existe des adhérences et qu'on n'ait pas d'organes importants à blesser sous le bistouri.

Cette méthode est rapide et pourra rendre par ce fait beaucoup de services ; nous n'en retiendrons que ses qualités ; la recherche hâtive du pus, l'incision large en se servant du trocart comme guide, enfin le drainage et les lavages.

Depuis Stromeyer Little, on est arrivé à des méthodes meilleures que nous allons envisager.

Si nous nous reportons à la description anatomique que nous avons faite sur les rapports de la face convexe du foie, nous voyons que les abcès du lobe gau-

che faisant généralement saillie dans la région épigastrique doivent être abordés par une incision tantôt médiane, tantôt latérale, passant par le point le plus saillant de la tuméfaction.

Ceux qui occupent la partie antérieure du lobe droit de cette face, peuvent être abordés par une laparotomie antérieure. On peut dans ce mode opératoire abaisser le foie pour faciliter sa fixation à la peau ; mais on s'expose dans ces manœuvres à rompre des adhérences ainsi que l'abcès. Il vaut mieux créer une voie d'accès sur la collection en réséquant le bord cartilagineux du thorax.

Il y a des chirurgiens qui, pour éviter dans la suite l'affaiblissement de la paroi, ouvrent en passant à travers les côtes les abcès de cette face. On choisit l'une ou l'autre voie suivant que le bord cartilagineux est dépassé plus ou moins par l'abcès.

Lorsque la collection est située en arrière, c'est-à-dire occupe la partie postérieure, on peut intervenir par la voie parapleurale.

Voici comment procède Pacheco Mendes.

« Le malade était couché sur le côté gauche et en-
« dormi, nous pratiquons sur la neuvième côte, à partir
« de son insertion au cartilage sternal, une incision de
« 12 centimètres, sur les extrémités de laquelle nous
« avons fait tomber deux autres incisions ; puis nous
« disséquons et soulevons le lambeau jusqu'à sa base,
« qui correspond au septième espace intercostal. Les
« huitième et neuvième côtes sont mises à découvert,
« dénudées de leur périoste et réséquées, au moyen
« d'une pince de Liston, de 10 centimètres pour la

« neuvième et de 8 centimètres pour la huitième côte.
« L'isolement des côtes de leur périoste a été très
« facile et la plèvre n'a pas été intéressée.
« Cela fait, nous décollons, au doigt et au moyen de la
« rugine plate, le feuillet pariétal de la plèvre des
« côtes placées au-dessous de l'incision jusqu'au point
« de réflexion de ce feuillet sur le diaphragme. En
« relevant bien haut le cul-de-sac de la plèvre, nous
« pratiquons sur le diaphragme à nu, à sa partie
« inférieure, une incision de 5 centimètres de long,
« qui donne issue au pus. »

Le gros avantage de cette opération, c'est de ne pas ouvrir la plèvre. Le procédé semble excellent dans le cas où la suppuration occupe l'extrémité droite du foie ou les parties voisines de la face convexe.

M. le professeur Jaboulay a utilisé un mode opératoire qui lui est personnel chez deux malades dont nous publions plus loin les observations très intéressantes. Le premier est un homme de trente-sept ans, chez lequel l'abcès du foie apparut en avril 1906, après un séjour de quatre ans à Madagascar; le second, un jeune homme de vingt-huit ans, chez lequel l'abcès se révéla après un séjour de quatre ans au Dahomey.

L'abcès du premier paraissait siéger à la partie postérieure du lobe droit; chez le second, on constatait à l'inspection une voussure très nette de l'hypocondre droit débordant d'un travers de main le rebord costal, qui lui-même, n'est pas soulevé. A la palpation, on trouve une tumeur pseudo-fluctuante lisse, non douloureuse, dépassant légèrement l'ombilic par son bord inférieur et se perdant en haut sous les côtes.

M. le professeur Jaboulay ne veut pas tenter sur ses malades la méthode de Stromeyer Little qui n'est pas sûre. La création au préalable d'adhérences pour aller secondairement ouvrir l'abcès, ne lui paraît pas non plus indiqué. Les deux feuillets de la plèvre sont libres et il n'ira pas à travers un espace intercostal inciser le diaphragme, car il provoquerait une pleurésie purulente consécutive. La suture du diaphragme à la peau, après suture des deux plèvres, ne lui paraît pas non plus recommandée.

(M. Jaboulay citait, dans une de ses cliniques, l'histoire d'un malade qui avait un kyste hydatique et fut opéré ainsi; il eut un pyothorax très grave et garda longtemps une fistule.)

Il va donc se préoccuper de mettre la cavité pleurale à l'abri, mais il n'ira pas comme Pacheco Mendes (voie para-pleurale transdiaphragmatique) faire une résection costale et inciser le diaphragme. Il va employer une méthode plus simple et plus sûre en même temps plus rapide.

M. le professeur Jaboulay fait tout simplement une incision de laparotomie postérieure, parallèle à la douzième côte, au-dessous d'elle et sans pratiquer de résection. Après avoir incisé méthodiquement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le plan musculaire, il pénètre ensuite avec le doigt dans la cavité abdominale passe en avant du diaphragme, au-dessus du rein droit et de la capsule surrénale, refoule en haut le cul-de-sac pleural costo-diaphragmatique, arrive sur le bord postérieur du foie. A ce niveau, toujours avec le doigt armé de son ongle, il pénètre dans le foie, se trace un

passage en plein parenchyme et va ainsi à la recherche du pus. Après avoir ouvert l'abcès, il maintient toujours son doigt au centre de la collection et, s'en servant comme conducteur, il porte un gros drain au point déclive et établit un large drainage,

C'est une méthode qui est nettement indiquée dans les cas d'abcès postérieurs.

Comme Pacheco Mendes (voir para-pleurale), M. le professeur Jaboulay met la plèvre complètement à l'abri du pus, mais son mode opératoire est bien plus avantageux que celui qui consiste à suivre la voie para-pleurale transdiaphragmatique. En effet, il ne nécessite pas de manœuvres aussi compliquées (résection, incision du diaphragme), et par suite les risques sont moins grands. En plus, l'hémorragie est moins à redouter au niveau du foie même, car la simple exploration digitale y détermine un contact bien moins offensant que le bistouri. Enfin, c'est une méthode très rapide qui ne demande pas une longue anesthésie ; le malade est endormi dans la position assise, uniquement avec quelques inhalations de chlorure d'éthyle. Le drainage se faisant au fond du puits, en point déclive est plus facile et écarte les chances possibles d'une péritonite.

Dans les cas même d'abcès antérieurs, on peut opérer ainsi, car on supprime le désavantage des brides cicatricielles tardives qui peuvent se produire après une laparotomie antérieure et qui sont souvent cause d'anhélation et d'hépatoptose.

Si les abcès néanmoins sont trop antérieurs, on sera obligé d'intervenir en avant ; mais encore ici même la

méthode du professeur Jaboulay s'impose, car il vaut mieux faire une contre-ouverture par la partie postérieure et de ce fait même, l'évacuation du pus sera plus complète, plus rapide et hâtera la guérison.

Lorsque les abcès de la face convexe du foie sont à une période d'évolution déjà avancée, qu'ils occupent le point le plus élevé du dôme hépatique, et ont déjà envahi le diaphragme et souvent les feuillets pleuraux, on est en droit d'intervenir par la voie transpleurale.

Voici comment se pratique cette opération :

On incise l'espace intercostal qui semble le plus en regard de l'abcès ; c'est un espace intercostal inférieur que l'on doit prendre de préférence. On incise en arrière entre les deux lignes axillaires, antérieure et postérieure. Pour faciliter les manœuvres, il vaut mieux encore réséquer une ou deux côtes sur une étendue de 8 à 10 centimètres. Cette résection ouvre un champ opératoire plus vaste et le drainage devient plus facile. En effet, si le drain est trop serré, il évacue mal le pus et il peut se produire des phénomènes inflammatoires et jusqu'à l'ostéite de la côte. Si on blesse l'artère intercostale, on en pratiquera la ligature. Lorsqu'on arrive sur la plèvre, on peut être en présence de deux cas, ou bien le processus inflammatoire l'a envahie, le sinus costo-diaphragmatique est comblé par des adhérences unissant les deux feuillets costal et phrénique ; ou bien au contraire elle n'est pas malade, les deux feuillets accolés dans la partie inférieure du sinus, déplissés au contraire à chaque inspiration dans la partie supérieure, vers le septième espace intercostal. Souvent l'abcès refoule

le diaphragme et de ce fait même le sinus devient plus profond et l'accolement des plèvres plus étendu.

Il faut traverser la plèvre sans amener de pneumothorax ou de pleurésie purulente au moment de l'incision de l'abcès. Lorsqu'il existe des adhérences, on n'a pas à s'inquiéter de ces accidents, car elles sont suffisantes pour clore hermétiquement la cavité pleurale et la mettre à l'abri de l'air et du pus. On passe donc au travers de ces adhérences et on va ouvrir la collection sans aucun danger.

C'est le procédé en un temps, mais qui, comme nous le voyons, demande des conditions spéciales, pour pouvoir être employé ; et si ces conditions n'existent pas, on est contraint d'opérer en deux temps.

Lorsque la plèvre est libre, il est nécessaire de créer des adhérences d'une manière artificielle. On peut pratiquer la suture des deux plèvres à l'aide d'un surjet fait à la soie ou au catgut, qui circonscrit sur le diaphragme un espace suffisamment large au centre duquel on fera l'incision des plèvres et du diaphragme.

Bertrand et Fontan opèrent de la manière suivante :
« Ils incisent d'abord le feuillet costal de la plèvre,
« puis divisent très légèrement avec le bistouri la
« plèvre diaphragmatique, avec quelques fibres musculaires sous-jacentes, relèvent les bords de cette
« incision, et par un rapide surjet au catgut les réunissent aux bords correspondants de l'incision de la
« costale. » Il ne reste plus pour pénétrer dans l'abdomen qu'à sectionner les fibres profondes du diaphragme.

Si un épanchement purulent se trouve dans la plèvre, épanchement résultant ou bien de l'ouverture de l'abcès ou d'une pleurésie purulente s'étant produits en même temps que l'abcès, mais indépendante de lui, il ne faut pas suturer les deux feuillets séreux, mais se contenter d'un bon drainage.

Lorsqu'il y a des adhérences entre le diaphragme et l'abcès, on peut inciser d'un seul coup le muscle et la collection, car la cavité pleurale est protégée naturellement par ces adhérences; mais s'il n'en existe pas, il faut penser à suturer la surface du foie au diaphragme et au péritoine sous-diaphragmatique. Il sera assez difficile de pratiquer cette suture vu la profondeur à laquelle il faut aller opérer; une évacuation de pus faite au préalable en permettra un accès plus facile.

Il est vrai que, d'après Defontaine, « la suture serait
« moins indispensable que pour les abcès ouverts par
« la région costale. Ici, en effet, la brusque hernie de
« l'épiploon ou de l'intestin est impossible; et le foie
« étant normalement en rapport avec les parties
« incisées, on a moins à craindre de voir l'ouverture
« hépatique cesser de leur correspondre par suite de
« la rétraction du foyer. Si la suture du foie au péri-
« toine sous-diaphragmatique n'a pas été faite, on
« aura soin, immédiatement après l'ouverture de
« l'abcès, d'introduire dans sa cavité l'index gauche en
« crochet, puis deux écarteurs qui, confiés à un aide,
« maintiendront accolés les feuillets du péritoine. »

Loison, dont nous publions plusieurs observations intéressantes prétend que la suture artificielle des séreuses pleurales et péritonéales est « une opération

longue et surtout inutile pour les abcès du foie ». Pour empêcher la pénétration de l'air et du pus dans la plèvre, il a recours à des moyens différents qui lui ont procuré un plein succès.

Voici comment il procède. « Dès que nous sommes
« au voisinage de la plèvre, le malade placé primitive-
« ment dans le décubitus latéral est replacé autant
« que possible en décubitus dorsal, pour que la pesan-
« teur n'intervienne pas pour détacher le foie de la
« paroi thoracique ; en plus, un aide pratique immé-
« diatement avec une main une pression sur le bord
« inférieur du thorax, pour accoler les feuillets pleu-
« raux, pendant qu'avec l'autre main, pressant sur la
« face inférieure du foie, pour refouler l'organe en
« haut et en dehors, il contribue encore à assurer cette
« coalescence. Si la plèvre contient un épanchement
« séreux, il faut laisser écouler le liquide, avant de
« procéder à la manœuvre destinée à accoler ses
« feuillets ; si l'épanchement est purulent, on place
« immédiatement un drain séparé dans sa cavité.

« Nous n'abandonnons jamais le contact du pus,
« depuis le commencement jusqu'à la fin de l'opération ;
« c'est d'abord le trocart qui se trouve dans le trajet
« évacuateur ; puis c'est l'instrument divulseur (le
« dilatateur de Tripier, une paire de ciseau mousses
« ou une pince hémostatique fermée), remplacé lui-
« même par le doigt, auquel on substitue les drains.
« On n'a pas de cette façon la crainte de voir la section
« hépatique remonter et s'éloigner de la plaie exté-
« rieure et nécessiter des recherches et des tâtonne-
« ments avec le doigt ou les instruments pour la

« retrouver. Lorsque le trajet reste jalonné du com-
« mencement à la fin de l'opération, le pus tend natu-
« rellement à suivre le guide qui le conduit à l'inté-
« rieur. La petite manœuvre suivante, que nous
« n'avons garde d'omettre, nous semble également
« recommandable ; dès que le doigt est introduit dans
« l'abcès, nous le recourbons en crochet pour tirer de
« dedans en dehors sur la paroi de la poche, assurant
« encore davantage l'accollement des feuillets séreux,
« jusqu'à ce que la vidange du foyer purulent soit
« effectuée. »

Traitement de la cavité purulente.

Après avoir évacué l'abcès, il faut traiter s'il est nécessaire la cavité purulente. On peut utiliser l'eau bouillie ou des solutions antiseptiques (l'eau bouillie, eau boriquée, eau salicylée, eau iodée). La meilleure solution est l'eau oxygénée. On ne doit pas injecter le liquide d'une manière trop brusque, car on pourrait ainsi rompre la poche de l'abcès ; il faut au contraire agir sous une faible pression. On explorera minutieusement avec le doigt la cavité et ainsi on pourra rencontrer des abcès de voisinage, et alors on devra détruire leur paroi et les mettre en communication avec la poche principale. On pourra utiliser favorablement le procédé de Zocucarol, nettoyer la poche en se servant de tampons montés ou de compresses stériles promenés sur la paroi interne de l'abcès et destinés à évacuer les détritits solides qu'il renferme. Fontan est allé plus loin et a proposé un véritable curetage de l'abcès.

« Si l'on se rappelle, dit-il, que les parois de l'abcès
« sont ordinairement revêtus de franges sphacélées, de
« détritits adhérents qui forment parfois des masses
« épaisses, on comprendra que ces parties puissent
« difficilement se détacher par de simples lavages et
« être entraînées à travers les drains. Pourquoi ne pas
« enlever cette boue du premier coup, et entraîner par
« un curetage méthodique ces parties putrilagineuses,
« adhérentes encore, et dont l'élimination est néces-
« saire à la guérison véritable.

« Le curetage doit être prudent. On explore d'abord
« avec attention les parois de l'abcès avec le doigt, car
« si la paroi était formée d'une coque fibreuse, comme
« dans la variété de l'abcès enkysté, le curetage serait
« inutile. Mais, si le doigt constate la présence de
« détritits pulmonaires et adhérents, que l'aspect lie de
« vin et granuleux du pus faisait soupçonner, la curette
« utérine est alors introduite et fait un grattage modéré
« mais ferme sur toute la surface de l'abcès. De temps
« en temps le doigt, préférable à la vue s'assure du
« travail fait, et si la boue hépatique est abondante,
« une irrigation entraîne toute cette raclure. Puis la
« curette reprend son œuvre, de manière à ne négliger
« aucune région, aucune anfractuosité. Pour combiner
« les lavages au curetage lui-même, on peut se servir
« d'une curette à manche tubulé, utilisée en gynéco-
« logie, et que l'on raccorde avec un siphon chargé
« d'eau boriquée. Il peut arriver que l'instrument ne
« morde pas dans des tissus trop mous, macérés, et
« flottants dans la cavité purulente, ces débris sont
« alors soutenus sur la pulpe de l'index, pendant que

« la curette les coupe vers leur base. Le doigt et la
« curette font ainsi une sorte de pince capable de déta-
« cher les parties. La résistance du tissu hépatique
« sain et comme une sorte de cri que le grattage produit
« lorsqu'il n'existe plus de détritüs à décoller, aver-
« tissent que l'œuvre de la curette est achevée. En
« procédant avec cette prudence et cette méthode, nous
« n'avons jamais vu de sang s'écouler d'une façon
« notable. Mais, outre son innocuité, le curetage pré-
« sente encore l'avantage de mettre à jour, ou tout au
« moins d'aider à découvrir une seconde poche puru-
« lente, s'il en existe au voisinage de celle que l'on
« traite. La cloison qui sépare deux abcès, mince et
« flottante, est quelquefois reconnue avec le doigt, ou
« directement crevée avec la curette au cours du grat-
« tage, et l'on voit arriver brusquement un nouveau
« flot de pus. »

On a fait de grosses objections à cette méthode. Pozzi, Segond, Monod, Defontaine et beaucoup d'autres chirurgiens ont dit qu'on pouvait, en pratiquant ainsi, déchirer le foie et déterminer des hémorragies et des cholérragies.

Fontan a répondu que « la crainte de l'hémorragie
« et de la cholérragie lui paraissait chimérique, la zone
« du tissu qui forme paroi à un abcès hépatique étant
« tout à fait transformée et tous les vaisseaux biliaires
« et sanguins y étant thrombosés, de sorte que la
« curette se meut dans une couche formée de vaisseaux
« ouverts à la circulation. Nous pouvons ajouter qu'en
« fait nous n'avons jamais vu d'hémorragie dans les
« cas où nous avons cureté, et que les liquides des

« lavages sont ressortis absolument limpides après « quelques instants ». Il est certain que Fontan a obtenu des succès 85 pour 100 ; mais, quoi qu'il en soit, il faut reconnaître aujourd'hui que cette valeur du curetage est très discutée et que beaucoup de chirurgiens s'en abstiennent. En 1905, au premier Congrès de médecine égyptien, Gæbel, Widt, Pætis ont rejeté cette manœuvre. Plus récemment, Loison, dans un article de la *Revue de chirurgie* paru en 1906, nous dit à propos du curetage :

« Nous craignons de faire trop ou pas assez ; quand on voit à l'autopsie, combien est faible et fragile la coque de certains abcès corticaux, on hésite à appuyer la curette sur la paroi, de crainte de passer dans le péritoine, ou dans un organe voisin soudé au foyer hépatique par des adhérences ; on risque en outre d'ouvrir des vaisseaux sanguins ou des canaux biliaires importants dont la paroi est ramollie par l'inflammation ou l'extrémité libre oblitérée par un faible thrombus. »

On voit ainsi que tous les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur cette question. On termine par un bon drainage. Lorsqu'il suinte du sang assez en abondance au moment du nettoyage de la cavité, il faut tamponner soigneusement avec de la gaze aseptique.

A mesure que la cavité se ferme, on met des drains de plus en plus petits. En effet, si on laisse de gros drains, ils peuvent déterminer de la scapulalgie dans les abcès de la face convexe très superficiels et accolés au diaphragme.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Les modes opératoires des abcès du foie peuvent être sujets à divers accidents. Citons d'abord ceux qui s'observent au niveau même du foie et dont le premier est l'hémorragie.

L'hémorragie s'observe principalement dans les abcès de la face inférieure, car c'est surtout dans la région du hile qu'elle a tendance à se produire. Lorsqu'un vaisseau saigne sur la surface de section, on doit en pratiquer la ligature. Loison a dans un cas personnel eu recours pour arrêter l'hémorragie, à la canule à chemise de Dupuytren, la canule introduite dans le foyer purulent en assurait le drainage, et la chemise bourrée de gaze iodoformée produisait l'hématose par compression excentrique des lèvres de la plaie hépatique.

Le deuxième est la cholerragie. C'est un accident qui résulte de l'ouverture d'un canal biliaire au moment d'un curetage ou bien lorsque l'ulcération d'un canal biliaire devançant l'ouverture de l'abcès déverse de la bile dans la poche. La cholerragie est dans ce cas la primitive, mais le plus souvent elle apparaît secondairement, elle est précoce ou tardive.

Il peut se faire qu'avant l'ouverture même de l'abcès, un canal biliaire soit perforé et qu'ainsi il se produise un écoulement précoc de bile. Mais le plus souvent, voilà ce qui se produirait d'après Valence, il se produirait nous dit-il, une rupture par « décompression
« d'un canalicule biliaire dont la paroi est amincie,
« réduite à ses seuls éléments épithéliaux, dont le
« calibre est ou non légèrement augmenté, rupture
« non immédiate, se faisant quelques heures après
« l'ouverture opératoire quand la poche s'affaisse,
« simple fissure même portant sur un ou plusieurs
« canalicules. La cholerragie ne cessera qu'au moment
« où la membrane pyogénique arrivera à recouvrir
« complètement l'orifice de rupture ou à rapprocher,
« à accoler les lèvres du canalicule, car, d'après sa
« constitution histologique, la cicatrisation du canal
« biliaire a peu de tendance à se faire spontanément. »

La cholerragie tardive apparaît d'après Bertrand et Fontan du huitième au dixième jour après l'opération, d'après Lesueur-Florent et Le Dantec du huitième au douzième jour. Il est généralement admis que ce sont les débris sphacelés qui en tombant amènent l'ouverture d'un canalicule biliaire.

Dans quelques cas, l'ulcération d'un canalicule peut être produite par la pression continue d'un drain trop long. Dennuler, Peyrot et Veillon, Conny en ont cité des cas.

La cholerragie précoc ou tardive est un accident qui peut être très grave. La perte de bile a atteint 1.500 grammes en vingt-quatre heures chez un malade

opéré par Potherat et la fistule chez ce même malade persista seize mois après l'intervention déterminant une profonde cachexie.

Il est difficile d'éviter cette complication, qui est indépendante du chirurgien. Voilà les moyens, bien insuffisants il est vrai, que l'on a indiqués suppression des injections, cautérisation de l'orifice fistuleux lorsqu'elle est possible, tamponnement de la cavité laissée plusieurs jours à demeure, attouchement de la paroi de l'abcès avec l'eau oxygénée : assurer la désinfection soignée dans la cavité de l'abcès. Il faut toujours avoir soin de bien alimenter le malade autant qu'il sera possible.

On peut voir survenir quelquefois des accidents infectieux accompagnés de fièvre occasionnée par la présence de pus dans l'abcès qui s'est mal vidé. Il faut élargir l'incision primitive et même faire une contre ouverture postérieure qui assurera un drainage plus parfait.

La fièvre ne dépend pas toujours d'un mauvais drainage, mais quelquefois de la formation d'autres foyers suppurés ou encore du paludisme concomitant.

Il faut, dans ces cas-là, interroger minutieusement le malade, faire l'examen bactériologique du sang et administrer du sulfate de quinine.

Quelquefois, la dysenterie devient chronique, continue à affaiblir le malade et retarde la cicatrisation. Loison insiste beaucoup sur les avantages du traitement opothérapique (Il faisait absorber tous les jours,

150 grammes de foie de porc cru, finement haché entre deux tranches de pain.)

Après l'ouverture de l'abcès, des fistules peuvent persister ; l'ouverture de l'abcès, souvent trop petite au début, s'est rétrécie avant que les parties profondes aient eu le temps de se cicatriser. Il y a donc intérêt à faire une première incision aussi large que possible et veiller à ce qu'elle conserve toute sa largeur pendant toute la durée de la cicatrisation. Dans les cas où la fistule serait constituée, il faut la dilater, la débrider, pour permettre aux liquides qui stagnent dans la poche de s'évacuer facilement.

Il peut se produire aussi la nécrose des extrémités de la côte réséquée ; enfin, entre le foie et la paroi thoracique peut persister une poche dont les parois n'ont pas de tendance à s'accoler. C'est dans ces cas que l'on peut être amené à intervenir sur le squelette thoracique pour déterminer l'affaiblissement des parties molles du thorax et leur mise en contact avec le foie.

Enfin, citons des accidents particuliers à la voie transpleurale.

Le premier de ces accidents peut se produire au moment de l'ouverture de la plèvre, ce sont le pneumothorax et le pyo-thorax.

Le pneumo-thorax n'est pas une complication absolument grave, surtout lorsque le poumon opposé bien normal peut suppléer à l'autre par un bon fonctionnement.

Nous avons vu les différentes méthodes qui permettent de mettre la plèvre à l'abri, lorsqu'il n'existe pas d'adhérences.

Le pyo-thorax est bien plus dangereux. Un bon drainage de la cavité pleurale peut seul préserver efficacement du danger.

Résultats opératoires.

La thérapeutique des abcès du foie a largement bénéficié des méthodes nouvelles.

Voici une première statistique publiée au Caire, pendant le Congrès égyptien de médecine de 1905, par Varovoff, qui porte sur 1.089 cas d'abcès du foie opérés pendant les vingt-cinq dernières années en Égypte; 994 fois on a procédé une large ouverture, résection des côtes, 95 fois par ponction. Les ponctions ont donné 60 pour 100 de mortalité, les larges 34 pour 100.

Deuxième statistique de Martin, d'abcès opérés au Cambodge, présentée au même Congrès. Mortalité opératoire atteint 37,5 pour 100.

Troisième statistique Gaide, abcès du foie au Tonkin, qui porte sur 90 cas relevés à l'hôpital de Hanoï, de 1900 à 1904. Sur ces 90 cas, on a eu 60 guérisons et 30 décès, par conséquent une mortalité de 33 pour 100.

La mortalité à la suite des interventions est encore assez élevée, mais il n'en est pas moins vrai que des succès brillants ont été obtenus, surtout dans les cas où a été fait un diagnostic précoce ainsi qu'une intervention immédiate.

OBSERVATION I

(Publiée dans le *Lyon médical* du 24 février 1907 par le
Dr René Horand, préparateur du cours anatomique.)

Abcès du foie, apparu en avril 1906, après un séjour de quatre ans à Madagascar; fièvres paludéennes; fièvres bilieuses hématuriques; pas de dysenterie; diarrhée et œdème apparus secondairement; opération par M. le professeur Jaboulay. — Guérison.

S..., âgé de trente-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon en juin 1906, pour des crises hépatiques. Il ne présente pas d'antécédents hépatiques héréditaires. Son père est âgé de soixante-six ans, rhumatisant, et n'a jamais souffert du foie. Sa mère est morte à trente-trois ans d'une péritonite. Il a un frère qui réside à Madagascar depuis huit ans et qui n'a jamais eu de complications hépatiques. Ses antécédents personnels sont peu chargés. Il n'a eu ni syphilis, ni blennorragie et ne faisait pas d'excès de boissons. En 1902, le malade partit bien portant pour Madagascar; il résida à Tananarive, pays relativement sain, à 1.357 mètres d'altitude au-dessus du niveau de la mer, mais entouré de régions couvertes d'eau pendant quatre mois de l'année, et se desséchant les huit autres mois.

Il y a trois ans, le malade prit les fièvres paludéennes. Les crises duraient trois jours. Il eut ainsi une quinzaine d'accès assez violents. Il prenait jusqu'à 40 grammes de quinine en un mois. Au mois de février 1906, il eut une fièvre bilieuse hématurique, qu'il garda un mois.

Il aurait eu de l'hémoglobinurie.

Au mois de mars 1906, il eut une congestion du foie, une sensation de tension, de plénitude dans l'hypocondre droit, avec un mauvais état digestif.

Il commença donc à souffrir du foie au mois de mars 1906. Il avait une douleur dans l'hypocondre droit, avec des frissons répétés. Il se plaignait de scapulalgie droite. Le médecin consulté diagnostiqua une congestion hépatique avec calculose vésiculaire. Il fit deux ponctions antérieures,

sans trouver de pus. Le malade s'embarqua immédiatement pour la France, et pensait aller à Vichy. Sur le bateau, les crises hépatiques redoublèrent, mais sans vomissements, sans ictère. La température n'aurait jamais dépassé 38 à 39 degrés.

Arrivé à Lyon, il consulta un médecin, le Dr Viannay, qui réforma le diagnostic primitif et conseilla une opération.

Le malade entre dans le service du professeur Jaboulay.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un homme cachectique très amaigri, ayant perdu 10 à 12 kilogrammes, au teint jaune, terreux, non ictérique, et ayant de l'œdème des membres inférieurs, avec quelques varicosités veineuses des jambes. Son épaule droite était douloureuse par périodes. La pression sur les 8^e, 9^e et 10^e espaces intercostaux était douloureuse. Il restait dans son lit soit assis, soit couché sur le côté droit ; dès qu'il se retournait sur le côté gauche, il asphyxiait. En examinant bien attentivement cet homme, nous avons remarqué que son hypocondre droit était plus volumineux que le côté gauche, l'hypocondre gauche paraissait rétracté. Le côté droit était surélevé. Le diamètre antéro-postérieur était augmenté de volume, c'était incontestable, il en était de même du diamètre transversal droit.

Il avait 2 ou 3 centimètres de plus que le côté gauche. Venant à palper la région hépatique par frictions, comme pour faire une onction, on trouve un foie lisse, non mamelonné, non maronné.

Si, avec la main droite, on cherche à percuter cette même région hépatique, on trouve une matité très étendue, de 22 centimètres environ, latéralement et en arrière. Cela surtout aux dépens du lobe droit, le lobe gauche paraissant peu augmenté de volume. La radioscopie, d'ailleurs, montrait une énorme augmentation de volume du foie et du lobe droit en particulier. Les tissus environnants étaient infiltrés. La rate n'était pas augmentée de volume.

La cavité abdominale, percutée par chiquenaudes, don-

nait une sensation de flot; il y avait de l'ascite en assez forte quantité.

Du côté de l'appareil respiratoire, on trouvait une matité franche à droite, remontant en arrière jusqu'au-dessus de l'épine de l'omoplate, en avant au-dessus de la ligne mamelonnaire. Le malade ne toussait pas, ne crachait pas, mais il avait une obscurité absolue à la base; une abolition des vibrations, sans égophonie, sans voie de polichinelle typique, sans souffle. On trouvait du flot.

À gauche, il n'avait pas d'abolition des vibrations, on entendait le murmure vésiculaire jusqu'en bas, il n'avait ni souffle, ni égophonie, ni flot, mais un peu de submatité.

La radioscopie a confirmé d'ailleurs les signes stéthoscopique et décelait une opacité totale pleurale droite.

La ponction a donné un liquide séreux et la cytologie laissait entrevoir que cet épanchement pleural n'était pas tuberculeux.

Rien du côté de l'appareil circulatoire. Rien dans les urines de particulier. Ni syphilis, ni blennorrhagie. Les voies digestives semblaient atteintes, bien que le malade eût conservé bon appétit; il avait une diarrhée persistante et des troubles digestifs.

Il s'agissait bien d'un abcès du foie. Le malade fut opéré par le professeur Jaboulay avec sa nouvelle technique.

Le malade, la veille encore de l'intervention, n'a été à la selle qu'une fois en vingt-quatre heures; il est resté constipé deux jours. Les selles sont devenues moulées et normales, non plus liquides et jaunes. L'œdème des membres inférieurs a disparu avec les varicosités des cuisses; la circulation cave, de même que la circulation forte, s'est rétablie. Peu à peu la température baisse et le malade retourne chez lui.

Il eut une légère cholerragie, heureusement elle ne persista pas. Le pus était stérile sans germes. Trois mois plus tard, il eut une pleurésie purulente, le 23 septembre, une vomique de 1 litre et demi. On lui fit une incision posté-

rieure pour drainer sa plèvre. Le 10 novembre, il prit un érysipèle. Il guérit définitivement en janvier 1907, en gardant une légère pointe de hernie lombaire. Il a repris 22 kilogrammes.

Ce malade a été revu le 13 juillet 1909, son état est des plus satisfaisant. Il peut vaquer facilement à ses occupations, se plaint seulement d'une douleur très légère dans la région hépatique provenant d'un peu de congestion du foie. Il persiste encore une pointe de hernie lombaire qui ne l'incommode nullement. D'ailleurs cet homme a l'intention sous peu de quitter Lyon pour retourner travailler aux colonies.

OBSERVATION II (résumée)

Abcès du foie, apparu après un séjour de quatre ans au Dahomey; pas de dysenterie; syphilis; fièvre bilieuse hématurique; opération par le professeur Jaboulay. Guérison.

M..., débarqué en mai 1907 du Dahomey, qu'il habite depuis quatre ans, et qu'il a quitté il y a trois semaines, entre à l'hôpital de Lyon pour se faire traiter d'une affection abdominale; sur les conseils de son médecin de là-bas, il est revenu en France pour se faire enlever l'appendice. Jusqu'à son arrivée aux colonies, ses antécédents pathologiques se bornent à une syphilis contractée à vingt ans, au service militaire. Un traitement régulier fut suivi pendant trois ans, et le malade ne garde pas le souvenir, ni la trace d'autres antécédents. Aucune autre maladie antérieure, pas d'antécédents héréditaires précis. Notre malade part donc, il y a quatre ans, pour le Dahomey, qu'il n'a pas quitté jusqu'au mois d'avril 1907. Deux ans après, il présenta à deux reprises des accès de fièvre bilieuse hématurique, soignée par des injections de sérum à Porto-Novo, et qui guérissent complètement. Ces atteintes de paludisme furent toujours assez légères et consistèrent en quelques accès assez espacés de six à douze heures. D'ailleurs, le

malade prend depuis trois ans 50 centigrammes de quinine par jour. Pas d'éthylisme.

L'affection actuelle ne daterait, en somme, que de deux mois. A cette époque, notre malade dut entrer à l'hôpital pour une façon d'embarras gastrique qui prolongerait un de ses accès paludéens ordinaires. Il n'avait alors à ce moment, ni par la suite, de dysenterie avec ténésme rectal et rejet de glaires et de sang dans les selles. On ne trouvait alors, paraît-il, à l'examen, ni gros foie, ni grosse rate. Après avoir songé à un simple embarras gastrique, on prononça le mot d'appendicite, en voyant persister la température à 38 degrés, ainsi que les douleurs abdominales au point de Mac Burnay. On dirigea alors le malade sur un paquebot pour aller se faire enlever l'appendice en France. Pendant la traversée, son état paraît d'ailleurs s'améliorer; le malade va et vient, mange de tout sans douleur ni dyspepsie. Il nous arrive en somme au deuxième mois de sa maladie, après une période d'amélioration assez nette.

Nous sommes en présence d'une homme pâle, amaigri, au teint terreux plutôt qu'ictérique, mais sans cachexie, sans œdème des membres inférieurs. Il n'y a pas de température. Ce qui frappe, à première vue, à l'exploration de l'abdomen c'est l'existence d'une volumineuse tumeur de l'hypocondre droit; celle-ci se dessine dès l'inspection sous forme d'une voussure débordant d'un travers de main le rebord costal, qui, lui-même, n'est pas soulevé. Vient-on à palper cette masse, on la trouve pseudo-fluctuante, lisse, non douloureuse, dépassant légèrement l'ombilic par son bord inférieur et se perdant en haut sous les côtes. Si nous procédons au tâter bimanuel, nous obtenons un ballonnement antéro-postérieur des plus nets. La tumeur absolument mate en avant et sans interposition de sonorité colique. L'hypertrophie du foie a porté à peu près exclusivement sur le lobe droit, qui atteint environ trois travers de main environ. La rate est normale, pas d'ascite, pas de circula-

tion collatérale. Rien au cœur. Rien aux poumons, où on ne trouve pas d'épanchement pleural d'observation courante au cours des diverses affections du foie et des abcès en particulier. Le système nerveux est indemne. Pas de troubles digestifs.

Le malade, opéré par le professeur Jaboulay, avec sa nouvelle méthode a parfaitement guéri.

D'après renseignements pris dans la famille même du malade (ce dernier étant absent), on sait qu'il est actuellement en bonne santé, accomplit sans fatigue de nombreux voyages nécessités par sa position.

Il a même, depuis l'opération, fait un nouveau voyage au Dahomey.

OBSERVATION III

B..., dysenterie, abcès du foie opéré par M. le professeur Jabouláy, par la voie transpleurale. — Guérison.

B..., quarante-six ans. Père mort à soixante-deux ans. Avait une bonne santé habituelle, mère morte à cinquante-huit ans d'emphysème, une sœur morte à six mois, quatre frères dont deux morts de congestion cérébrale en quarante-huit heures, l'autre d'accident; les deux autres frères sont bien portants. Il n'y a pas d'antécédents hépatiques dans la famille.

Antécédents personnels. — Le malade n'a pas eu de maladie dans son enfance, ni avant l'âge de vingt ans. Il nie la blennorrhagie et la syphilis, n'a jamais fait d'accès alcooliques. Marié à vingt-six ans, la femme n'a jamais eu de fausse couche, il a eu six enfants tous bien portants.

Le malade est depuis douze ans à Madagascar, ses fonctions, consistant à contrôler des travaux nécessitent de temps en temps des tournées un peu pénibles. Il séjourna surtout sur la côte est de l'île, dans une région de rivières. Il eut, dès la première année, les fièvres paludéennes qui devinrent plus intenses vers la quatrième ou cinquième année.

Rentré en France en congé de huit mois, il eut des vacances mauvaises avec des accès très fréquents. Les accès surviennent d'abord tous les trois jours, puis s'espacent pour reparaître tous les sept jours. Le malade se rappelle à une période en avoir eu tous les vendredis. C'était des accès francs, jamais d'accès bilieux, d'accès pernicieux de forme hématurique. Au deuxième séjour, les accès furent rares, il s'en produisit tous les deux ou trois mois seulement. Depuis deux ans, le malade n'a pas eu d'accès.

En 1907, le malade eut des rhumatismes articulaires aigus étant à bord pour son retour, rhumatisme qui ont cédé en douze jours au salicylate de soude.

En mars et avril 1908, deuxième poussée de rhumatisme ayant envahi les deux articulations tibio-tarsiennes droite et gauche, qui a été d'une durée de trois semaines, rebelle au salicylate.

En novembre 1908, dernière poussée; les douleurs siègent aux deux coudes de pied et poignet droit, ont une durée de cinq semaines, affaiblissent beaucoup le malade et l'obligent à demander un congé de convalescence. Dans les premiers jours de décembre, grosse chaleur, le malade a la dysenterie qui a duré une dizaine de jours et a été d'une intensité moyenne. Au maximum, il a vingt selles par jour, formées de mucosité et d'un peu de sang, accompagné de tension et d'étreinte. Elle céda à un traitement d'infusion de bois de Simarouba.

A la suite des deux affections, rhumatisme et dysenterie; le malade était affaibli, avait beaucoup maigri et son teint était devenu un peu pâle. Le 4 janvier, le malade fut pris assez subitement d'un point de côté assez violent qui l'oppressait et était douloureux dans les inspirations profondes, l'obligeant à marcher un peu courbé sur le côté droit. Ces douleurs survinrent sans phénomènes généraux, sans frissons, elles ne s'irradièrent nulle part; pas d'irradiation dans l'épaule droite.

Pas de vomissements.

Pas de troubles digestifs, l'appétit est bien conservé, il y a une légère constipation.

Le malade a maigri encore un peu ; le point de côté persiste pendant toute la traversée jusqu'à maintenant, ne cédant un peu qu'à des cataplasmes arrosés de laudanum et appliqués ces derniers jours.

Actuellement, on constate :

Malade amaigri, teint subictérique, un peu douloureux du côté droit.

La région appendiculaire n'est pas douloureuse. Il semble qu'il y ait du côté droit, une voussure nette au niveau des dernières côtes. La palpation et la percussion sont douloureux à ce niveau.

On compte vingt-quatre respirations à la minute. Il semble que le côté droit respire moins à l'inspection. A la palpation, pas d'œdème de la paroi, le foie déborde légèrement les fausses côtes. A la percussion, matité en avant jusqu'au niveau du mamelon droit. Le foie semble augmenté de volume, mais en hauteur surtout. Le malade indique une douleur sourde, profonde, très localisée en un point situé un peu au-dessus de la base du thorax.

L'auscultation du thorax en arrière à droite révèle de la submatité de toute la base droite et de l'obscurité respiratoire sans râles, ni souffle. Pas de signes d'épanchement.

En avant, aux sommets, l'auscultation ne révèle rien. La rein ne semble pas très augmentée de volume.

Appareil digestif. — Pas de douleur épigastrique, constipation légère, langue légèrement saburrale.

Cœur. — Rien à signaler. Les artères radiales sont souples, le pouls est à 64, assez faible.

Système nerveux. — Rien à signaler.

Appareil urinaire. — Pas d'albumine, pigments biliaires, pas d'œdème des jambes.

Sang. — Polynucléaires, pas d'éosinophiles. A l'entrée, température : 36°1 à 38°5.

25 mars. — On fait une intervention, sous-anesthésie

générale. Une ponction faite dans le septième espace, au point où le malade indique un point de côté, ramène un peu de pus. En ce point même, on incise l'espace intercostal plan par plan, la peau, le tissu cellulaire, les muscles intercostaux externes et internes. On parvient sur une paroi dont l'incision donne immédiatement issue au pus sans qu'on ait reconnu, chemin faisant, les feuillets de la plèvre. Il y avait adhérence complète. Il s'écoule environ un verre de pus couleur chocolat dans lequel l'examen révèle la présence d'amibes. L'injection de ce pus dans le rectum d'un chat, provoque une dysenterie et un phlegmon de la fosse ischio-rectale qui aboutissent à la mort. On place deux drains dans la plaie. Au cours des pansements, il ne s'écoule qu'une quantité insignifiante de pus. Les drains sont chassés par la cicatrisation profonde et sont expulsés à la troisième semaine. Rapidement le malade a repris un bon état général. Dès le lendemain de l'opération, la température est tombée à 37 degrés et n'a jamais atteint 36 degrés. Le malade a perdu le teint jaune terreux qu'il avait et part au bout d'un mois complètement guéri. La radioscopie, faite le 25 avril, jour de la sortie, montre une légère diminution de l'opacité en hauteur du foie.

OBSERVATION IV

(Par M. le Dr Peyret, de Bône.)

Abcès du foie ouvert dans les bronches. — Recherche de l'abcès après résection costale. — Ouverture par la voie transpleurale. — Guérison.

En avril 1909, je fus appelé auprès de M. X..., âgé de vingt-huit ans, propriétaire à A..., petite localité située à 8 kilomètres de Bône. Le malade se trouvait en pleine vomique d'une matière composée de pus et de sang; depuis plus de six mois, ces vomiques se reproduisaient tous les jours et toutes les nuits, ne permettant aucun repos; d'autre part,

depuis de longs mois il existait une dysenterie restée rebelle à tous les traitements employés.

Etat général très mauvais. A l'auscultation, on constate que le poumon gauche est normal, mais à droite, on entendait quelques râles, dus évidemment à la présence dans les bronches d'un reliquat de liquide rendu par la vomique. Pas de souffle pleurétique, pas d'égophonie. Matité très étendue en arrière au niveau du foie, remontant jusqu'à la sixième côte; en avant, la matité hépatique ne dépassait pas en bas le rebord costal, elle était légèrement remontée en haut. Les vibrations thoraciques sont conservées sous la clavicule gauche, on a du skodisme s'expliquant par le refoulement du poumon vers son sommet. Le côté droit du thorax offrait une voussure très nette et assez accentuée. Au moment de mon examen, la température axillaire est de 36°5; je pose le diagnostic d'abcès du foie ouvert dans une grosse bronche. Jusque-là, le traitement avait été dirigé par deux de mes confrères; ils avaient procédé à plusieurs reprises à des ponctions toujours restées sans résultat. Une radiographie du thorax me fut montrée; il existait, à droite, une ombre correspondant à la matité. Mes confrères furent d'avis qu'il y avait lieu de procéder à une intervention; vu l'urgence, elle fut pratiquée, le 28 avril dernier, au domicile même du malade.

Opération. — Les ponctions antérieures avaient surabondamment prouvé que l'abcès ne se trouvait pas dans une zone accessible à l'aiguille; nous pensions que cet abcès était central, puisqu'il s'était ouvert dans une grosse branche vers le lobe du poumon.

Pour nous frayer une voie d'accès, après incision de 10 centimètres, à travers les parties molles, nous réséquons la neuvième côte, sur une longueur égale. Le périoste sous-costal, puis la plèvre pariétale sont ensuite divisés dans une étendue de 7 centimètres environ. La préoccupation qui nous domine alors est de rechercher l'abcès dont nous ne connaissons pas la situation exacte. Mais comment

devons-nous procéder ? Devons-nous pratiquer une incision du diaphragme en suturant ses bords aux bords de la plaie thoracique pour empêcher le pneumothorax de se produire et par la boutonnière ainsi créée, explorer le foie au moyen du doigt et de l'aiguille ? Ne faut-il pas craindre que dans les conditions où nous nous trouvons, une voie pareille ne soit trop étroite et que, limitant nos investigations à un espace trop réduit, elle ne nous permette pas d'atteindre le résultat cherché ?

Je prends le parti plus sûr d'explorer le foie longuement à travers le diaphragme au moyen du doigt introduit dans la cavité pleurale. Nous savions qu'il existait au moins une adhérence et très forte, au point d'abouchement du poumon et du foie, et nous devions présumer qu'il en existait certainement d'autres qui seraient une garantie contre un pneumothorax complet.

Les doigts explorent la voûte diaphragmatique dans toutes les parties qui lui sont accessibles, depuis le sinus costo-diaphragmatique jusqu'au point le plus éloigné possible ; ils ne découvrent rien qui puisse donner une indication sur la situation de l'abcès ; partout, ils éprouvent la sensation de toucher un organe parfaitement compact, ils ne rencontrent aucune fluctuation, ni aucune mollesse susceptible de constituer un point de repère. Une ponction profonde poussée en pleintissu hépatique ne donne aucun résultat. Mais, notre examen n'a pu s'effectuer sans la pénétration de l'air dans la plèvre ; le malade respire mal, il est très cyanosé il serait imprudent de le laisser plus longtemps sous l'action du chloroforme ; l'état syncopal se reproduit d'instant en instant, le pouls n'étant plus perceptible, nous en arrivons à prendre la décision d'arrêter l'opération et d'en remettre la suite à une autre séance. Dans les jours qui suivirent, le malade très affaibli eut à subir un retour offensif de sa dysenterie, afin de le mettre dans les meilleures conditions de résistance avant de prendre jour pour la seconde partie, nous injectons 6 flacons de sérum anti-

dysentérique, 3 le premier jour, 2 le deuxième, 1 le troisième jour.

Seconde intervention. — Nous avions pour but de rechercher d'abord une nouvelle fois l'abcès, par un examen digital à travers l'ouverture thoracique telle qu'elle avait été établie au moment de la première opération, deuxièmement en cas d'insuccès d'étendre la résection costale à la huitième côte et peut-être à la septième pour agrandir la voie d'accès.

Le malade qui avait refusé d'être endormi fut placé sur la table d'opération dans la position assise. J'introduis dans la plèvre à travers la plaie thoracique l'index et le médius de la main droite, en effondrant les fausses membranes de formation récente qui l'encombraient. Avec le bout de l'index parvenu à l'extrême hauteur qu'il pouvait atteindre tout à fait en arrière vers la colonne vertébrale, j'eus bientôt la perception de trouver sur le diaphragme un point dépressible, plus ramolli que les surfaces voisines. J'enfonçais immédiatement l'aiguille de Potain, en la glissant le long de mon doigt servant de conducteur. J'avais trouvé l'abcès; dans la bouche de l'aspirateur arrivait, en effet du pus absolument analogue à celui que crachait le malade depuis de si longs mois. Au fur et à mesure que l'abcès se vidait le point ponctionné s'abaissant et se rapprochant de la plaie thoracique devenait d'un accès plus facile, si bien que nous jugeâmes que nous avions intérêt à le laisser couler jusqu'au moment où il s'arrêta lui-même; nous avions retiré 200 grammes de pus environ. Nous nous trouvions au milieu d'adhérences qui isolaient la plèvre, nous n'avions donc pas, avant d'inciser l'abcès, à suturer le diaphragme à la paroi. Avec une assez grande facilité en suivant l'aiguille bien immobilisée par la main gauche, je pus alors en m'aidant de l'ongle traverser les fibres du diaphragme pour aller à 0,03 de profondeur retrouver l'extrémité de cette aiguille, nous étions dès lors parvenu dans la cavité de l'abcès, après avoir traversé la capsule, la

plèvre diaphragmatique, le diaphragme, le péritoine, la capsule de Glisson et une certaine épaisseur de tissu hépatique, toutes ces couches se trouvant adhérentes les unes aux autres et ramollies ; j'eus alors la sensation très nette de me trouver dans cette cavité. Par un effort porté au point du côté du foyer de la suppuration, il me fut facile d'agrandir avec le doigt la déchirure du diaphragme et des parois de l'abcès sur une longueur de 5 centimètres environ. Après placement d'un gros drain, pansement.

Nous devons retenir ce fait très intéressant, c'est que, l'abcès que nous n'avions pas découvert au moment de la première opération, le malade étant couché, put l'être au moment de la deuxième intervention, le malade étant assis ; dans cette dernière position, l'abcès se trouvait évidemment abaissé.

L'examen bactériologique d'une culture de pus sur gélose démontra la présence du bacille de la dysenterie. Les crachements de pus disparaissent aussitôt après l'intervention mais reparaissent à notre désappointement vingt-quatre heures après. Nous refaisons le pansement qui, ne contient qu'une très petite quantité de pus. Que s'est-il passé et comment interpréter la situation ? Au milieu des plus grandes difficultés créées par la résistance de plus en plus grande du malade, par ses cris et ses mouvements, nous essayons plusieurs jours de suite, au moyen d'un doigt placé dans la plaie, de retrouver l'incision du diaphragme et d'y placer un drain ; nous ne réussissons pas. Le malade et sa famille, malgré notre insistance, refuse toute intervention nouvelle sous chloroforme et nous désespérons bientôt de le convaincre.

Heureusement que dans les jours qui suivirent, grâce au secours que des quintes de toux imprimèrent au thorax, les bords de la plaie diaphragmatique qui s'étaient aglutinés et mis hors de portée par l'effet du mouvement d'ascension dû à la réplétion de la poche, s'entrouvaient

spontanément, en laissant échapper du pus en abondance, l'abcès s'affaissant par suite vint se mettre en connexion parfaite avec l'ouverture thoracique et put se vider ainsi facilement. Dans la suite se produisit une diminution progressive de la sécrétion purulente; amélioration de la dysenterie; enfin, guérison définitive.

OBSERVATION V

(Loison, *Revue de chirurgie.*)

S..., 9^e colonial, a été traité en novembre 1903, au Tonkin, pour fièvre paludéenne et congestion du foie. Pendant la traversée de retour, il se plaignit de douleur au niveau de l'hypocondre droit; et le médecin du bord lui fit plusieurs ponctions du foie sans résultats.

21 février 1904. — Le malade est arrivé la veille; profondément anémié et amaigri, il présente une teinte subictérique des conjonctives et un léger œdème du dos des pieds et de la région malléolaire.

L'hypocondre droit est dilaté en masse. Le foie tuméfié déborde les fausses côtes et empiète sur la région épigastrique qui bombe; en haut, il remonte jusqu'au niveau du mamelon. La pression est douloureuse, particulièrement en un point situé au neuvième espace sur la ligne axillaire moyenne.

Le malade n'a ni diarrhée, ni dysenterie. Le trocart enfoncé au niveau du point douloureux donne issue à du pus chocolat.

Après anesthésie locale à la cocaïne je résèque par 5 centimètres de la 9^e côte, je traverse la plèvre non oblitérée, incise le diaphragme, trouve le péritoine libre et ponctionne au bistouri le foie, le long du trocart; il s'écoule environ 1.500 grammes de pus couleur chocolat d'abord, puis verdâtre et mucoïde à la fin. Pendant ces manœuvres, un aide refoule le foie, en haut et à droite et déprime en dedans la base de l'hémi-thorax droit, de façon à accoler les

feuillets séreux. Deux drains sont plongés dans le foyer et le pansement appliqué.

L'abcès se détergea progressivement par la suite et il n'y eut pas la moindre élévation thermique.

13 mars. — On supprime le drain et on passe à plat.

23 mars. — Le malade commence à prendre tous les jours 150 grammes de foie cru.

5 avril. — Il accuse une douleur au dessous et en dehors du sein droit. A la percussion et à l'auscultation de la poitrine, on ne note rien de particulier.

Une fistule persiste au niveau du centre de l'incision et un Béniqué introduit pénètre à 12 centimètres environ de profondeur. Un drain est enfoncé jusqu'au fond du trajet, et il sort immédiatement une cuillerée à bouche environ de pus.

7 avril. — Le malade se plaint d'oppression et de transpiration nocturnes. A l'examen de la poitrine, on constate de la submatité à la base droite, à partir de l'angle de l'omoplate; il y a du souffle, l'égophonie, et de l'absence des vibrations thoraciques dans cette région.

11 avril. — Une ponction pratiquée avec le trocart de l'aspirateur Potain, 7^e espace sur la ligne scapulaire permet de retirer 300 grammes environ d'un liquide séreux, un peu louche.

1^{er} mai. — On continue à mettre dans la fistule un petit drain qui pénètre environ à 8 centimètres de profondeur. La respiration reste faible à la base droite; mais on ne trouve plus de signes d'épanchement pleural.

19 mai. — La plaie opératoire est complètement cicatrisée et la base droite respire bien.

OBSERVATION VI

(Loison, *Revue de chirurgie.*)

N..., trente-trois ans, soldat à la légion étrangère, a eu la dysenterie au Tonkin, en avril 1902.

26 juillet 1902. — Rapatrié, il entre à l'hôpital de Marseille où il est traité pour dysenterie.

26 octobre 1902. — Le malade est pâle et amaigri ; il n'a pas de fièvre. Il a cinq à six selles pâteuses, sans mucus, ni sang, dans les vingt-quatre heures. Le foie n'est pas notablement tuméfié, la respiration est un peu affaiblie à la base droite. Absence de douleur à l'épaule droite et d'irradiation abdominale.

La pression de l'hypochondre droit détermine une sensibilité particulièrement vive au septième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure. Une ponction faite au point douloureux ramène du pus rougeâtre.

Sous la cocaïne locale, je résèque immédiatement 6 centimètres de la huitième côte, sur la ligne axillaire ; je traverse la plèvre libre et ponctionne le diaphragme et le foie, le long du trocart resté en place ; immédiatement du pus mucoïde, jaune, en abondance s'écoule. Le doigt explore une poche occupant la partie supéro-interne du lobe droit ; elle a le volume de deux petits poings d'adulte. J'écouvillonne la cavité à la gaze sèche, puis y place deux gros drains en caoutchouc.

28 octobre. — Le malade n'a pas de fièvre. L'abcès hépatique se vide bien. Diarrhée abondante, selles dans les vingt-quatre heures, contenant un peu de sang.

7 novembre. — Le doigt explore la poche qui s'est rétrécie et a maintenant le volume d'un petit petit œuf de poule ; on y maintient un drain. La moyenne des selles est toujours de six à sept pour vingt-quatre heures.

14 février 1903. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri de sa dysenterie. L'abcès était cicatrisé depuis la fin de décembre.

OBSERVATION VII

(Loison, *Revue de chirurgie*).

M., onzième escadron du train, entre à l'hôpital militaire de Tunis, le 20 mars 1892. Il nous raconte qu'il a eu de fréquents accès de paludisme, mais nie toute dysenterie. Le malade anémié et amaigri présente une rate de 0,12. Légère douleur à l'épaule droite. Développement du réseau veineux sous-cutané au niveau de l'hypocondre droit; pas d'œdème de la paroi thoracique. Le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais remonte en avant jusqu'au mamelon. On provoque une douleur à la pression de tous les espaces intercostaux droits, compris entre la cinquième et la douzième côte. Ces espaces se sont pas élargis et ne broment pas à l'intérieur.

Souffrance à la pression transversale de la base de la poitrine; aucune sensibilité à la compression antéro-postérieure de l'hypocondre droit. A l'auscultation de la face du poumon droit, refoulée vers le haut, on constate une diminution du murmure vésiculaire. Pas de toux; appétit diminué, absence de diarrhée.

24 mars. — Dans la nuit, il est survenu plusieurs quintes de toux sèche qui ont empêché le sommeil. On note, à la base droite, les signes d'un épanchement pleural remontant jusque vers l'angle de l'omoplate.

La douleur de l'épaule persiste, localisée à la fosse sus-épineuse. La douleur à la pression de la région hépatique est surtout vive au niveau du dixième espace intercostal.

Avec le trocart moyen de l'appareil Potain, on pratique une ponction en arrière, au niveau du neuvième espace, un peu en dehors de la masse sacro-lombaire, il sort du pus crémeux, un peu rougeâtre. Immédiatement, sous le chloroforme, je fais au bistouri une incision de 60 cc. 8 le long du bord supérieur de la côte inférieure. De la cavité pleurale libre d'adhérences, s'écoule une certaine

quantité de liquide séreux. Une ponction au bistouri, pratiqué à travers le diaphragme, le long du trocart resté en place donne issue au pus mucoïde caractéristique de la suppuration hépatique. Après, léger agrandissement de l'incision du diaphragme, l'index pénètre dans une cavité à parois irrégulières du volume d'un œuf de poule.

L'index se trouvant dans l'espace intercostal, nous réséquons 0,03 de la neuvième côte. Un gros drain est placé dans la cavité de l'abcès, puis le pansement est appliqué.

20 mai. — Le malade, dont l'état général est excellent, fait un congé de convalescence présentant encore une petite fistulette au centre de l'incision opératoire.

CONCLUSIONS

I. — Certains abcès du foie ont une évolution du côté de la paroi thoracique, soulevant le diaphragme, tendant à le perforer, à provoquer des phénomènes de pleurésie ou des adhérences pleurales, l'ouverture dans les bronches, vomiques.

II. — Cette évolution est poussée, d'une part, par la localisation de l'abcès sur la surface de la convexité du foie, d'autre part, par des adhérences périhépatiques qui empêchent le foie de s'abaisser.

III. — Les signes de cette évolution sont l'augmentation de la douleur dans la région hépatique, la dyspnée qui devient de plus en plus intense, la dépression épigastrique, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, les râles muqueux et sous-crépitants, etc.; la radioscopie et la ponction exploratrice sont d'une grande utilité pour confirmer le diagnostic.

IV. — Ces abcès doivent être traités chirurgicalement, bien que la vomique ait, dans quelques cas, été suivie de guérison; il ne faut pas compter sur cette

évolution spontanée et redouter les complications pleurales et pulmonaires.

V. — Si dans quelques cas ces abcès de la convexité peuvent être abordés par la voie abdominale ou de préférence par la voie parapleurale ou mieux encore par le procédé de M. le professeur Jaboulay, souvent ils ont une évolution exclusivement thoracique et on doit intervenir par la voie transpleurale.

VI. — Cette dernière opération se pratiquera en un temps, s'il existe des adhérences, mais si la plèvre est libre, il faut créer artificiellement ses adhérences en pratiquant au préalable la suture des plèvres ou mieux encore, en ayant recours aux différents moyens employés par Loison.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 juillet 1909.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAULD, Absès du foie et périhépatite suppurée (*Annales de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille*, 3^e année, 1893).
- AYME, Traitement des absès du foie à l'hôpital de Shanghai (*Archives de médecine navale*, 1880).
- La Stérilité des absès du foie et ses conséquences chirurgicales (*Société de chirurgie*, 7 et 14 janvier 1891).
- BARTHÉLEMY et BERNARD, Trois cas d'absès du foie (*Archives de médecine militaire*, Paris, 1880).
- BEUES, des Absès du foie à évolution lente et apyrétique (thèse de Montpellier, 1900-1901).
- BERTRAND, Relevé statistique des absès du foie, opérés par la méthode de Stromeyer-Little, dans les hôpitaux de la marine, à Toulon (*Revue de chirurgie*, août 1890).
- BERTRAND et FONTAN, *Traité de l'hépatite suppurée*.
- BOINET, Absès du foie au Tonkin (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1890).
- BROÏDO, les Dysenteries. *Etude critique* (thèse de Paris, 1903).
- H. DE BRUN, *Revue de médecine*, 10 novembre 1904.
- BROUARDEL et GILBERT, *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique* (article VAILLARD).
- BRESSON, le Curettage des absès du foie. *Procédé du Dr Fontan* (thèse de Bordeaux, 1894-1895).
- CANNIOT, de la Résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie (thèse de Paris, 1891).
- CHAUFFARD, *Traité Charcot-Bouchard* (article FOIE).
- CALMETTE, Communication écrite au Dr Planté. Rapport du foie et de l'intestin en pathologie exotique (*Congrès de Bordeaux*, 1895).
- CHAUVEL, *Traité de l'absès du foie, compliqué d'ascite* (*Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1894).
- DUPLA, *Contribution à l'étude des absès du foie* (thèse de Toulouse, 1901-1902).
- DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*.
- DEBRAY, de l'Absence des microbes dans l'absès du foie (thèse de Paris, 1894-1895).

- FLANDIN, *Traitement chirurgical des abcès du foie. Etude critique des divers procédés employés* (thèse de Lyon, 1893).
- FRENCHS, *Traité des maladies du foie*.
- GODART, *Abcès du foie. Polyclinique*, Bruxelles, 1905.
- JOSSERAND, des *Abcès dysentériques tardifs du foie* (*Lyon médical*, 1897).
- KARTULIS, *Arch. für Pathol. Anatom. med. Physiolog. und zur Ätiologie des Leberabscess*.
- KELSCH et KIENER, *Traité des maladies des pays chauds*.
- LAFFERRÈRE, des *Abcès dysentériques tardifs du foie* (thèse de Lyon, 1899-1900).
- LAGRANGE, *Abcès latent du foie* (*Archives de médecine militaire*, Paris, 1880).
- LAVERAN, *Bactériologie des abcès du foie* (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1892).
- LE DANTEC, *Précis de pathologie exotique*.
- LOISON et ARNAULD, *Revue de chirurgie*, 1892 et 1906.
- MALBOUX, *Traitement des abcès du foie par la méthode de Stromeyer-Little* (*Revue de chirurgie*, Paris, 1887).
- MANSON-PATRIK, *Maladies des pays chauds*, traduction française, Naud, 1904.
- MONDON, *Note sur les abcès du foie au Tonkin* (*Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, Paris, 1902).
- MARTIN, *Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, Paris, 1903.
- MOULINIER, *Archives de médecine navale*, Paris, 1902.
- NAVARRÉ, *Lyon médical*, 1886.
- PFILHL, *Trois abcès tropicaux du foie observés à l'hôpital de Brest* (*Archives de médecine navale*, Paris, 1906).
- PANTALONI, *Chirurgie du foie et des voies biliaires*.
- TERRIER et AUVRAY, *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, 1907.
- VAILLARD et DOPTER, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1903.
- ZANGAROF, *Pathogénie des abcès du foie* (*Revue de chirurgie*, 1893).
- RIEUX, *de la Pleurésie séreuse droite consécutive aux abcès du foie, forme latente* (thèse de Lyon, 1895-1896).
- SCHWARTZ, *Chirurgie du foie*.
- VERTELY, *Traitement chirurgical de l'abcès du foie* (thèse de Lyon, 1897-1898).

